様式第15号（13条関係）

自立支援医療受給者証等記載事項変更届出書（精神通院医療 ）

受診者	フリガナ		生　年　月　日	
	氏　　名		年　　月　　日	
	住　　所			
	個 人 番 号			
保護者（受診者が１８歳未満の場合記入）	フリガナ		続　柄	
	氏　名			
	住　所			
	個人番号			
医療受給者証番号				
医療受給者証の有効期間	年　　月　　日　から		年　　月　　日　まで	
変更内容	事　項	変　更　前	変　更　後	
	受診者に関する事項（氏名・住所・電話番号）			
	保護者に関する事項（氏名・住所・電話番号）			
変更年月日	年　　月　　日			
備　考				

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第32条第１項の規定により、自立支援医療受給者証及び自立支援医療費支給認定申請書に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。

届出者氏名

年　　月　　日

大　阪　府　知　事　　様